

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO

### 1. Ocena świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy.....

Adres zamieszkania.....

PESEL .....

a przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Lp.	Nazwa czynności <sup>1</sup>	Wartość Punktowa <sup>2</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0 = nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10 = samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0 = nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5 = przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10 = samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0 = nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5 = potrzebuje pomocy przy wykonaniu czynności higienicznych 10 = samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0 = nie korzysta w ogóle z toalety 5 = potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10 = samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0 = kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5 = wymaga pomocy 10 = samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0 = w ogóle nie porusza się 5 = porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10 = samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także z użyciem sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0 = nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5 = potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 = samodzielny	
8.	<b>Ubieranie i rozbieranie się</b> 0 = potrzebuje kompletnej pomocy innej osoby 5 = potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10 = samodzielny, niezależny, także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązaniu sznurowadeł	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10 = kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu 5 = sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10 = kontroluje oddawanie moczu	
<b>Wynik kwalifikacji<sup>3</sup></b>		

.....  
**Data, pieczęć, podpis lekarza i pielęgniarki**

<sup>1)</sup> należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy

<sup>2)</sup> należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

<sup>3)</sup> należy wpisać uzyskaną sumę punktów

2.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

3.

L.p.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1		
2		
3		

.....  
*Data i podpis pieczętka pielęgniarki*